FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-95 N° 64

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER PRIMITIF DU CLITORIS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 5 AVRIL 1895

PAR

Adolphe-François LOURADOUR

LAURÉAT *(bis)* DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES
MÉDECIN DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, MÉDECIN INSPECTEUR DES ENFANTS DU PREMIER AGE
Né à Feyt (Corrèze), le 4 février 1866.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	DEMONS,	professeur,	*président.*
	MASSE,	professeur,	*juges.*
	VILLAR,	agrégé,	*juges.*
	CHAMBRELENT,	agrégé,	*juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17
1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-95 N° 64

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER PRIMITIF DU CLITORIS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 5 AVRIL 1895

PAR

Adolphe-François LOURADOUR

LAURÉAT *(bis)* DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES
MÉDECIN DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, MÉDECIN INSPECTEUR DES ENFANTS DU PREMIER AGE
Né à Feyt (Corrèze), le 4 février 1866.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	DEMONS,	professeur,	*président.*
	MASSE,	professeur,	*juges.*
	VILLAR,	agrégé,	
	CHAMBRELENT,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17
1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... } Professeurs honoraires.
AZAM..... }

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	DE NABIAS.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAËT. AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON. DENUCE. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PRINCETEAU. N. | Histoire naturelle. N.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clin. des mal. syphil. et cutan.	DUBREUILH.	Pathologie externe	DENUCÉ.
Clin. des mal. des femmes.	BOURSIER.	Accouchements	RIVIÈRE.
Clin. des mal. des voies urin.	POUSSON.	Chimie	DENIGÈS.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MOURE.	Zoologie	BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LONGY

Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique.
Conseiller général de la Corrèze.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543507_0052

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES

A Monsieur le Docteur Alfred POUSSON

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chargé du cours de clinique des Maladies des voies urinaires,
Officier d'Académie,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie.

A Monsieur le Docteur CASSAËT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux,
Chef des travaux pratiques d'histologie.

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMONS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER PRIMITIF DU CLITORIS

INTRODUCTION

De toutes les lésions de la vulve, les néoplasmes malins de la région clitoridienne sont assurément celles qui, pendant de longues années, ont été le moins étudiées. Le *cancer primitif* du clitoris, considéré par Trélat (1) comme un « merle blanc », n'est cependant pas, malgré l'opinion de cet éminent chirurgien, une véritable rareté.

Ayant eu l'occasion de voir dans le cours de nos études deux cas d'affections de cette nature, nous avons cherché dans la littérature médicale française et étrangère, les observations analogues : c'est le résumé de ce travail, la mise au point en quelque sorte de cette question encore peu connue, que nous présentons aujourd'hui à nos juges comme thèse inaugurale.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, jeudi 10 août 1882, n. 92, p. 731.

Nous prenons ici le terme de cancer dans son acception ancienne, dans son sens clinique, et nous étudierons sous cette dénomination les trois grandes variétés histologiques de tumeurs malignes qui constituent ce groupe : l'épithélioma, le carcinome proprement dit et le sarcome.

Ces divers néoplasmes ont sans doute une structure histologique parfaitement différente, mais ils ont une même allure clinique : tous peuvent s'étendre rapidement aux dépens des tissus normaux en les enfiltrant de proche en proche ; ils sont susceptibles de récidiver après ablation, de se généraliser par la voie lymphatique ou par la voie veineuse et d'infecter ainsi l'organisme tout entier : en un mot, ils présentent tous un caractère commun — la malignité — et constituent dans leur ensemble un groupe de tumeurs nettement définies, le cancer.

Avant d'entrer dans notre sujet, nous tenons à témoigner d'une façon toute spéciale notre reconnaissance à nos maîtres des Ecoles de Clermont-Ferrand, de Limoges et de la Faculté de Bordeaux.

MM. Bousquet et Raymondeaud ont été nos premiers maîtres, c'est pour nous un devoir de les remercier d'avoir bien voulu guider nos premiers pas.

MM. Pousson et Cassaët, professeurs agrégés à la Faculté de Bordeaux, se sont montrés pour nous d'une bienveillance que nous n'oublierons jamais.

M. le Dr Bégouin s'est vivement intéressé à nous pendant le cours de nos études, nous l'en remercions bien cordialement.

M. le Dr Longy, notre excellent confrère, nous a toujours aidé de ses conseils précieux et tout paternels. Qu'il daigne bien agréer le témoignage de notre sincère et respectueuse affection.

M. le Dr Faguet, chef de clinique chirurgicale à la Faculté, qui nous a inspiré ce sujet de thèse; M. le Dr Dubourg,

MM. Jonchères, Cabannes, Fieux, Brindel, Guérin et Vitrac, internes des hôpitaux, ont été pour nous d'excellents camarades, nous les remercions sincèrement de l'accueil qu'ils nous ont fait.

Enfin, nous sommes profondément touché de l'honneur que nous fait M. le professeur Demons en acceptant la présidence de notre thèse; nous lui adressons nos respectueux hommages et la vive expression de notre reconnaissance.

Notre mémoire se divise en huit chapitres :

Chapitre I. Historique.
» II. Etiologie.
» III. Symptomatologie et complications. Pronostic.
» IV. Anatomie pathologique.
» V. Diagnostic.
» VI. Traitement.
» VII. Observations.
» VIII. Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Depuis la publication de Huguier sur l'esthiomène, les différentes affections de la vulve ont été bien étudiées; le lupus génital, l'éléphantiasis des grandes lèvres, les manifestations syphilitiques variées du conduit vulvo-vaginal sont traitées avec détails dans presque tous les ouvrages de gynécologie.

Mais beaucoup de traités passent complètement sous silence le cancer primitif du clitoris ou ne signalent que son extrême rareté; cependant, en parcourant la littérature médicale française et étrangère, nous avons pu en recueillir un certain nombre d'observations.

Nous trouvons en effet, dans le Traité des maladies cancéreuses de Lebert, la relation de quatre cas qu'il a observés et une description succincte de cette affection.

Churchill, dans son Traité pratique des maladies des femmes, cite trois observations dues à Mac Clinctock.

M^me^ Boivin et Dugès citent trois observations de cancer primitif du clitoris dans leur Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Mayer (1) rapporte l'observation d'une femme de 64 ans. Bailly en cite un cas dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie,* 1868.

M. le professeur Verneuil (2), dans ses leçons cliniques sur

---

(1) *Monats. für Geburts.* Berlin, 1868.

(2) Verneuil. *Gazette hebdomadaire,* 1874.

les procédés d'exérèse non sanglante des tumeurs de la vulve, en rapporte quelques exemples.

M. le Dr Deschamps (1), en 1885, publie un travail sur quelques ulcérations rares et non vénériennes de la vulve et du vagin. Dans ce mémoire, nous trouvons résumées la plupart des observations publiées jusqu'à ce jour. Celles de Leger, Launois, Hirigoyen, St-Philippe, Foubert, Percheron, Huber, Sorbets.

Enfin il en existe un certain nombre éparses dans la science et que l'on trouvera publiées dans les thèses de Lahaye, 1888, de Dauriac, 1888, et de Sassy, 1891.

Depuis cette époque, on ne trouve guère que deux ou trois observations qui sont rapportées à la fin de ce travail, celle de Jacobs (2) celles de Brindel et de Ch. Faguet, toutes les deux publiées dans les Bulletins de la société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux.

---

(1) Deschamps. *Arch. tocologie*, 1885, p. 121.

(2) Policlinique de Bruxelles, 15 juin 1894.

(3) Brindel, Bulletin de la soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux, fév. 1894.

(4) Faguet (Ch.) dº dº 19 nov. 1894.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Le cancer du clitoris peut, comme celui de la vulve, du vagin, survenir au seul titre d'épiphénomène, alors que depuis longtemps il y a des altérations de l'utérus, de la vessie, du rectum; il est le résultat des produits morbides des organes voisins et n'offre alors que bien peu d'intérêt. Mais il peut ouvrir la scène, quoique plus rarement, et apparaître comme première manifestation morbide du côté des organes génitaux. Nous laisserons de côté l'étiologie du cancer secondaire pour ne nous occuper que de celle du cancer primitif du clitoris, le seul qui rentre dans le cadre que nous nous sommes imposé.

On l'observe surtout dans la seconde moitié de la vie, de 40 à 60 ans, au moment de la ménopause. Cependant, il y a des exceptions à cette règle et on cite des observations recueillies chez des femmes plus âgées, tel, par exemple, le cas de Foubert (1) où la malade avait 75 ans. On cite aussi des observations dans lesquelles les malades avaient moins de quarante ans, tel le cas de Launois (2) où une petite fille de 5 ans fut opérée par le Dr Saint-Germain pour un sarcome de la région clitoridienne; tel encore celui d'Arnott, où la jeune malade n'avait que 16 ans. Cependant, il faut bien le reconnaître, les

(1) *Archives de tocologie*, 1885, p. 124.

(2) Launois. Société anatomique, 1883.

exemples sont très rares chez les petites filles et les femmes encore jeunes.

L'hérédité et les autres causes générales du cancer ne seront point étudiées dans ce chapitre, car il est bien certain qu'elles sont les mêmes au clitoris que sur toutes les autres parties du corps. Quant aux causes étiologiques proprement dites, elles sont nombreuses, mais il est souvent impossible d'émettre une opinion précise. On s'aperçoit, en effet, en lisant les observations relatées par les auteurs, que très peu de malades ont présenté le mêmes phénomènes d'invasion.

Il est assez difficile d'apprécier l'influence des rapports sexuels et des grossesses; notons toutefois que le plus grand nombre de ces malades ont été mariées et ont eu des enfants.

Parmi les causes locales, beaucoup ont été notées sans qu'on puisse exactement noter leur influence. Les attouchements répétés du clitoris ont été incriminés par MM. Boivin et Dugès, et c'est peut-être là une des causes les plus fréquentes. Nous savons, en effet, que chez un individu indemne encore, mais prédisposé, un traumatisme peut hâter et localiser le cancer, c'est là ce fameux « rappel de diathèse » dont Verneuil a doté la science et qui nous rend facile l'explication de faits autrefois fort obscurs.

Hutchinson (1) est convaincu que des régions anciennement affectées de syphilis possèdent une tendance spéciale à devenir le siège de tumeurs malignes et, d'après lui, les ulcérations syphilitiques avec inflammation et hypertrophie peuvent « dégénérer en cancer d'une façon si imperceptible et graduelle qu'il est impossible de dire quand l'une finit et quand l'autre commence ».

---

(1) Hutchinson. Remarque sur l'origine locale des tumeurs malignes, *British medical journal*, 1883.

Le docteur Ozenne (1) formule une opinion analogue quand il nous dit que lorsqu'on appartient à une famille cancéreuse, « il y a de nombreuses chances pour qu'un jour ou l'autre la tumeur néoplasique apparaisse là où la syphilis a sévi le plus longtemps et avec le plus d'intensité, c'est-à-dire dans ces points qui sont devenus des *loci minoris resistentiæ* ». Nous ne saurions être aussi affirmatif que ces deux auteurs; car, étant donné actuellement le nombre des femmes syphilitiques qui présentent toutes sortes d'accidents aux parties génitales externes, on aurait le droit de s'étonner que le cancer fût aussi rare dans ces régions.

D'autres fois, le point de départ des accidents semble être dans une plaque de psoriasis vulvaire et on se trouve en présence d'un processus tout à fait analogue à celui décrit par M. le Dr Debove pour le psoriasis buccal. Les observations de Jouin, Saint-Philippe et Reclus confirment cette manière de voir.

Le prurit vulvaire a été aussi très souvent incriminé et pour M. le Dr Sassy (2) : « le prurit vulvaire doit seul être mis en cause ». Les observations que nous avons pu recueillir signalent bien ces violentes démangeaisons chez quelques malades, mais d'autres n'en parlent pas; puis, le prurit vulvaire a été signalé chez des femmes enceintes ou diabétiques absolument indemnes de cancer. Nous ne saurions donc accepter complètement les conclusions du Dr Sassy et nous laissons à d'autres le soin de les vérifier et de savoir exactement si le prurit vulvaire est une cause ou un symptôme du cancer de cette région.

Peut-être pour le clitoris comme pour les petites lèvres ainsi que le fait observer M. le professeur Tévenat (Sassy, p. 13),

---

(1) Thèse de doctorat, Paris, 1884.

(2) Sassy. Tumeurs malignes de la vulve. Thèse de Montpellier, 1891.

faut-il voir dans les végétations une cause prédisposante à l'évolution du cancer.

Enfin on pourrait se demander, bien que nous ne l'ayons vu relaté dans aucune observation, si le cancer du clitoris n'est pas dû à une contagion directe.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

De la lecture des observations, il ressort que les tumeurs malignes du clitoris débutent d'une façon assez lente et assez insidieuse, la femme n'y fait aucune attention et ne se plaint le plus ordinairement que de démangeaisons violentes qui ne lui laissent que de rares moments de calme. D'autres fois, ce sont des douleurs sacro-lombaires, ou des douleurs siégeant aux aines, le long des cuisses, dans le bassin, qui ouvrent la scène et qui marquent le début de la maladie.

Lorsque le médecin est appelé auprès de la femme et qu'il examine les organes génitaux, il constate le plus souvent, tantôt une plaque hypertrophique, tantôt une tumeur verruqueuse siégeant sur le clitoris. Cette tumeur s'accroît de plus en plus et acquiert peu à peu des dimensions parfois fort considérables. Sur la malade du docteur Sorbets (1), la tumeur offrait

---

(1) OBSERVATION. **Cancroïde primitif du clitoris.** Sorbets (*Gazette des hôpitaux*, 6 décembre 1883). Marie L..., ayant eu deux enfants, se plaint depuis 14 mois d'un fort bouton de la vulve, se recouvrant d'une croûte, au-dessous de laquelle existe une ulcération à bords indurés, et donnant lieu à de vives démangeaisons. Quand on l'examina (janvier 1883), on constata une tumeur comprenant le clitoris dans son développement, mobile, à base large, à sommet ulcéré et saignant facilement, à bords inégaux, répandant une odeur caractéristique, de la grosseur et de la forme de la phalangette du pouce. On dirait le clitoris hypertrophié. Ne présentant aucune attache avec la paroi supérieure de l'urèthre, cette tumeur refoule en haut les petites lèvres vers le mont de Vénus. Pas d'engorgement ganglionnaire. Lorsque, 6 mois plus tard, la malade se décide à l'opération, la tumeur est du

la forme et la grosseur de la phalangette du pouce; dans le cas du docteur Percheron elle atteignait le volume d'une petite pêche. D'autre fois, au lieu d'une simple tumeur, on constate l'existence de saillies multiples, et la peau qui leur sert de base commune est également hypertrophiée, rouge et finement granuleuse. Toute la région clitoridienne peut être ainsi transformée en végétations fongueuses exubérantes, ressemblant à des choux-fleurs. L'affection peut persister pendant longtemps sans causer de douleurs appréciables, mais s'accompagnant de cuissons, de démangeaisons intenses, qui conduisent la malade à un grattage immodéré. Le plus souvent, il survient une petite excoriation qui tarde à se cicatriser, la malade ne s'en inquiète guère, attend toujours dans l'espoir de voir la cicatrisation se faire, et lorsqu'elle se décide à consulter un médecin, il existe déjà une plaie étendue.

La plaie du début sécrète une faible quantité de liquide clair, qui se concrète à sa surface et forme des petites croûtes jaunâtres, quelquefois noirâtres si du sang s'y trouve mêlé. Ces croûtes, qui tombent d'elles-mêmes, ou sont enlevées par le grattage, se reproduisent continuellement en même temps que l'ulcération s'agrandit. Bientôt le liquide sécrété en plus grande quantité ne peut se dessécher à la surface de la plaie, devient sanieux, puriforme, fétide, et permet d'apercevoir une ulcération violacée ou grisâtre et pointillée de rouge. Elle est ordinairement circulaire, repose sur une base un peu

---

volume d'une forte noix; largement attachée par sa base, elle retombe au devant du méat uréthral, et il faut la soutenir pour introduire la sonde dans la vessie.

Opération le 23 juillet au bistouri : incision circonscrivant la tumeur; hémorrhagie secondaire abondante quelques heures après l'opération.

15 septembre : Guérison.

élevée et dure, mais elle peut être aussi irrégulière et d'aspect très inégal. Tantôt il y a formation de bourgeons charnus, exubérants, qui donnent à la tumeur un aspect mamelonné, qui saignent au moindre contact, c'est la forme végétante; tantôt l'ulcère creuse profondément, devient anfractueux; tantôt, enfin, on trouve ces deux formes réunies chez le même sujet.

Les bords de l'ulcération cancéreuse sont durs, saillants, inégaux, tantôt renversés en dehors, tantôt à pic, plus rarement ils conduisent par une pente douce des parties saines vers le fond de l'ulcère. Humides et rosés du côté de la plaie, ces bords sont à la périphérie recouverts de croûtes semblables à celles qui au début recouvraient l'ulcération tout entière. Souvent il existe aussi autour de la lésion des plaques de psoriasis, ou bien la muqueuse est épaissie, dure, rougeâtre, parfois fissurée ou soulevée par un prolongement sous-cutané de la tumeur.

De semblables lésions ne sont pas sans entraîner un certain nombre de troubles fonctionnels; la marche devient pénible, par les frottements qu'elle détermine, les sensations de cuisson, de brûlure, rendues plus vives encore par le contact des liquides vaginaux et de l'urine qui souillent les parties ulcérées, gênent beaucoup la malade et lui rendent la vie insupportable. Les rapports sexuels sont très douloureux et parfois impossibles.

Telle est, rapidement esquissée, la symptomatologie du cancer primitif du clitoris. Mais la tumeur ne reste pas longtemps localisée à cet organe et envahit bientôt les parties voisines.

L'urèthre ne tarde pas à être atteint et nous voyons survenir des troubles de la miction, qui est gênée, parfois impossible et souvent si douloureuse que la malade redoute le moment où il lui faudra uriner. On peut aussi observer une véritable

incontinence et il n'est pas rare de voir apparaître des érythèmes, des ulcérations sur les grandes lèvres, à la racine des cuisses, continuellement souillées par l'urine.

Les grandes lèvres peuvent à leur tour être envahies par le cancer, et nous trouvons alors des ulcérations semblables à celles que nous avons précédemment décrites.

C'est surtout la face muqueuse qui est le siège des lésions, plus rarement la face cutanée et dans ce cas les follicules pileux peuvent être atteints dans leur vitalité et la vulve devenir complètement glabre. La peau du pubis, la région inguinale sont quelquefois atteintes de même que le périnée, l'anus, et, dans ce cas, il faudra s'attendre à une généralisation du côté du tube digestif et à toutes ses tristes conséquences : diarrhée, incontinence de matières fécales, etc. Ces faits sont rares et la propagation a lieu plutôt du côté du vagin, l'orifice vulvaire est franchi et les lésions remontent plus ou moins haut sur les parois de cet organe. Chez la malade du Dr Hutinel par exemple nous voyons les lésions former à la vulve une sorte d'anneau incomplet et s'étendre sur le côté droit du vagin, jusqu'au milieu de sa profondeur.

Les os eux-mêmes ne restent pas toujours indemnes et nous voyons la dégénérescence cancéreuse du pubis signalée dans quelques cas. D'ailleurs c'est là un fait qui n'a rien de surprenant : à l'invasion des corps caverneux succède directement la propagation de la lésion à leur point d'insertion.

L'engorgement ganglionnaire dans les régions inguinales survient assez tardivement, et son absence est une indication précieuse pour le traitement, la dureté des ganglions plutôt que leur volume est une preuve de leur dégénérescence. Il peut arriver, ainsi que l'a signalé M. le professeur Tédenet, qu'une ulcération se fasse au niveau des ganglions indurés

qui ne tardent pas à être remplacés par une large surface cancéreuse.

Enfin, la généralisation de la tumeur peut se faire, les autres viscères peuvent être atteints et la malade être emportée très rapidement.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique du cancer primitif de la région clitoridienne est encore assez mal connue parce que, dans bon nombre d'observations, l'examen histologique du néoplasme n'a pas été fait. Nous essaierons cependant, avec les quelques cas que nous avons pu rassembler et analyser, de tracer les lignes principales de cette étude ou tout au moins d'indiquer quel est l'état actuel de nos connaissances sur ce point de la question qui nous occupe.

Prenant comme nous l'avons dit le mot cancer dans son sens clinique, c'est-à-dire de tumeur maligne, nous étudierons sous cette dénomination les trois grandes variétés de tumeurs malignes du clitoris, c'est-à-dire en les classant par ordre de fréquence : 1° *l'épithélioma*, 2° *le carcinome proprement dit* et 3° *le sarcome;* 4° enfin, nous consacrerons un paragraphe spécial au *cancer mélanique* ou *mélanome.*

I. Epithélioma.

De toutes les variétés de cancer du clitoris, c'est la plus fréquente.

Etude macroscopique. — Ce néoplasme, rarement observé à son début dans la région clitoridienne, se présente ordinairement sous deux formes : tantôt il débute par une plaque superficielle ne paraissant intéresser que la couche papillaire

du derme; tantôt, il occupe d'emblée toute l'épaisseur de la peau ou plus exactement de la muqueuse dermo-papillaire qui recouvre le clitoris. Il offre l'aspect soit d'une fissure ou le plus souvent d'une petite excoriation dure, soit d'un noyau induré qui fait saillie dans le tissu cellulaire sous-cutané. Quoi qu'il en soit, l'ulcération est toujours précoce pour des raisons peut-être encore mal déterminées.

Quand le néoplasme en est arrivé à cette période de son évolution, il est caractérisé par une ulcération qui repose sur une base dure, à bords également indurés et renversés en dehors ou taillés à pic — à limites périphériques mal définies et difficiles à préciser — tantôt le fond de l'ulcération bourgeonne, et cette prolifération des éléments cellulaires pathologiques constitue des végétations à surface irrégulière, offrant l'aspect classique du chou-fleur; tantôt au contraire, l'ulcération se creuse, se substitue peu à peu aux tissus sains éliminés à mesure qu'ils sont envahis : la première de ces formes est dite *exubérante;* la seconde, *térébrante.*

De l'ulcère cancéreux s'écoule habituellement un liquide sanieux et ichoreux très fétide.

Enfin en pressant sur les bords d'un ulcère épithéliomateux on réussit parfois à faire sourdre de la surface de petits filaments blanchâtres analogues à des vers, et qui, en raison de cette ressemblance, ont été appelés *vermiothes* (1).

L'épithélioma s'étend peu à peu en surface et en profondeur en infiltrant de proche en proche les tissus voisins : corps caverneux du clitoris, pubis, etc., puis envahit les ganglions lymphatiques des régions inguinales, et se généralise assez rapidement.

---

(1) Au point de vue histologique, ces *vermiothes* sont constituées par des cellules épithéliales mélangées à de la graisse (Quenu, *In* Traité de Chirurgie, t. I, p. 378.

Examen histologique. — L'étude microscopique des épithéliomas du clitoris montre que ce néoplasme peut exister au niveau de cet organe sous deux formes :

1° Epithélioma pavimenteux lobulé;

2° Epithélioma tubulé.

A. *Epithélioma pavimenteux lobulé.* — Il est essentiellement constitué par des cellules épithéliales pavimenteuses, de forme irrégulière, à noyaux ronds ou ovalaires, à protoplasma hyalin, et affectant parfois une disposition spéciale décrite par Lebert sous le nom de *globes épidermiques* (observations de Hirigoyen, Deschamps, Foubert, Ch. Faguet). Ces globes épidermiques se composent de cellules cornées, imbriquées en couches concentriques. Sur les coupes, on retrouve ces globes épidermiques au centre des bourgeons épithéliaux. Ceux-ci sont disposés au milieu d'un tissu conjonctif vasculaire, sous forme de lobules réunis par des travées épithéliales. Chaque lobule se compose de cellules qui reproduisent de la périphérie au centre de l'évolution des cellules du corps muqueux de Malpighi : on trouve donc, tout à fait à la périphérie, des cellules cylindriques, puis des cellules dentelées, puis la couche granuleuse (*stratum granulosum*), et enfin la couche cornée représentée par les globes épidermiques.

La couche granuleuse est plus épaisse dans les épithéliomas que dans l'épiderme normal, comme le fait observer M. le professeur Ranvier (1); en outre, les cellules renferment des gouttelettes d'éléidine plus volumineuses et plus nombreuses.

Dans quelques cas, on rencontre des cellules embryonnaires (Deschamps), ou quelques cellules paraissant avoir subi entièrement la dégénérescence muqueuse (Ch. Faguet). Ces deux

(1) Ranvier. *Bulletins de l'académie des sciences,* 1879.

particularités ont été observées dans des épithéliomas pavimenteux lobulés ulcérés.

Enfin, c'est aussi dans cette même variété d'épithéliomas que l'on observe des figures coccidiennes (Ch. Faguet) sur la pathogénie et la nature desquelles les histologistes sont loin d'être d'accord.

Les vaisseaux, quelquefois assez nombreux, ont des parois propres.

Les ganglions lymphatiques présentent, lorsqu'ils sont infiltrés, les mêmes caractères microscopiques que le néoplasme primitif.

B. *Epithélioma pavimenteux tubulé.* — Ce néoplasme, beaucoup plus rare que le précédent, est constitué par des cylindres pleins de cellules épithéliales pavimenteuses ne subissant pas ordinairement l'évolution épidermique; ces cylindres, anastomosés entre eux, sont logés dans un stroma de tissu conjonctif soit embryonnaire, soit fibreux.

Les observations de Saubougyn et de Deschamps paraissent appartenir à cette variété.

Ajoutons enfin que dans quelques points de la tumeur l'épithélioma peut subir la kératinisation et rapprocher ainsi l'épithélioma tubulé de l'épithélioma lobulé.

II. Carcinome.

Le terme générique de carcinome s'applique à des tumeurs assez diverses en clinique pour donner naissance à un certain nombre de variétés distinctes. Il se présente anatomiquement sous trois formes : le squirrhe, l'encéphaloïde et le carcinome colloïde. La première seule a été observée au clitoris par M. Mayer (obs. I); l'examen histologique, que nous n'avons pu nous procurer, fut fait par M. Recklidghausen.

III. Sarcome.

Les sarcomes constituent généralement des tumeurs volumineuses, bosselées, souvent kystiques. Leur consistance est très variable d'un point à un autre, et cela en raison précisément de la présence de portions kystiques au sein de la masse solide du néoplasme.

Quand la tumeur est ulcérée, la peau enflammée et amincie livre passage à des fongosités rouges et saignantes. L'ulcération, le plus souvent, est circulaire et n'est pas limitée par ces bords indurés qu'on observe dans le carcinome et qui attestent l'infiltration de la peau par les éléments de la tumeur.

Examen microscopique. — De toutes les variétés histologiques du sarcome, une seule a été observée au niveau du clitoris : c'est le *sarcome embryonnaire* ou *globo-cellulaire.*

Voici quels furent les résultats de l'examen dans le cas publié par M. Launois :

« Sur une coupe, on voit quelques points où le revêtement » normal de la muqueuse est conservé; la couche sous-jacente » de l'épithélium est constituée par de petits éléments ronds » ayant un noyau très volumineux. On distingue entre eux un » grand nombre de capillaires sanguins. Ces éléments sont » très serrés les uns contre les autres. En certains points, ils » ont un aspect puriforme ou étoilé et sont séparés par une » masse abondante de matière amorphe et granuleuse ».

On retrouve bien dans cette description celle du sarcome embryonnaire tel qu'on le rencontre dans les autres points de l'organisme.

Nous n'avons pu, dans nos recherches, rencontrer des cas de sarcome fasciculé ou mycloïde qu'il serait d'ailleurs facile de reconnaître à leurs caractères ordinaires.

IV. Mélanomes.

Le cancer mélanique, qui ne diffère, au point de vue anatomo-pathologique, des formes précédemment décrites, que par la présence de la mélanine, a été observé plusieurs fois. Nous possédons deux observations très complètes, l'une de M. Ch. Bailly, l'autre de M. Terrillon.

Dans la première (obs. II), l'examen histologique fut fait par M. Bouchard; dans la seconde, les lésions microscopiques furent décrites par M. Babinsky. Il s'agissait très nettement, dans ce dernier cas, d'un sarcome.

« L'épiderme est notablement altéré au niveau de la partie moyenne de la tumeur. Il est difficile de distinguer l'épiderme du derme; on trouve entre les cellules épidermiques un grand nombre de cellules remplies de pigment avec prolongements multiples. Les cellules profondes du stratum de Malpighi contiennent du pigment; les papilles sont remplies de cellules plus ou moins volumineuses, arrondies ou de formes irrégulières et très pigmentées. Si, de l'épiderme, on passe à l'examen des parties centrales de la pièce, on voit que la tumeur s'enfonce profondément dans le derme. Elle est constituée principalement par des cellules pour la plupart arrondies, de volume variable, dont les unes, assez rares, ont 30 à 40 μ de diamètre, dont la généralité présente un diamètre de 10 à 15 μ. Ces cellules sont accolées les unes aux autres, et agglomérées en formant soit des nodules, soit des noyaux plus ou moins réguliers séparés les uns des autres par du tissu conjonctif qui contient des vaisseaux assez nombreux et dilatés. La plupart des cellules de la tumeur contiennent des granulations de pigment dans leur intérieur » (Babinski, *in* obs. IX).

Existe-t-il aussi des carcinomes et des épithéliomas mélaniques? Nous ne saurions l'affirmer en l'absence de documents, mais le fait nous paraît très vraisemblable.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du cancer du clitoris ne présente pas ordinairement de grandes difficultés, car la plupart du temps les malades ne viennent consulter un médecin qu'à une période déjà avancée du néoplasme : à ce moment-là, la lésion se présente avec des signes caractéristiques.

Au début, il n'en est pas de même, et il est parfois très difficile de différencier entre elles les ulcérations de cette région.

A

Dans ce premier paragraphe, nous essaierons de montrer comment il sera possible de distinguer le cancer du clitoris des autres affections ulcéreuses de cette région, avec lesquelles il peut être confondu.

Nous éliminerons tout d'abord une catégorie de néoplasmes pour lesquels il sera facile d'éviter la confusion. Ce sont : les papillomes, les fibromes, les tumeurs érectiles, les kystes des glandes du méat, les polypes muqueux.

Nous ne ferons que mentionner l'éléphantiasis, l'hypertrophie et l'ossification du clitoris dont quelques exemples ont été publiés, pour insister sur le chancre mou, l'ulcère tuberculeux, et plus particulièrement sur la syphilis à ses diverses périodes, l'esthiomène et le cancer du méat urinaire. Ce sont là les lésions

auxquelles on doit toujours songer lorsqu'on se trouve en présence d'une maladie ulcéreuse hypertrophique de la région clitoridienne, à forme chronique.

1° *Chancre mou.* — Le chancre mou, qui, chez certains sujets lymphatiques, revêt la forme phagédenique, pourrait quelquefois, à un examen rapide, être confondu avec le cancer; mais outre l'âge des malades et l'analyse des commémoratifs, on se souviendra que le chancre mou se caractérise par son évolution rapide, sa sécrétion abondante et franchement purulente, l'apparition précoce d'une adénite inguinale le plus souvent suppurative, son allure inflammatoire et les douleurs dont il est le siège. Enfin, comme l'a si bien dit Ricord, le chancre mou vit en famille, entouré de ses rejetons : c'est là un caractère que l'on ne retrouve pas dans le cancer.

2° *Ulcère tuberculeux. Lupus.* — L'observation de Deschamps, la seule à notre connaissance, est insuffisante pour nous faire connaître d'une façon précise les signes de cette lésion dans cette région. Quoi qu'il en soit, on ne devra pas oublier les caractères communs à toute ulcération tuberculeuse : douleur extrêmement vive, bords taillés à pic, finement déchiquetés ou décollés; fond semé de granulations grises ou jaunes, tout à fait caractéristiques.

Quant au lupus proprement dit, il est extrêmement rare; peut-être même n'existe-t-il pas. « Aucune observation ne » présente des caractères permettant de conclure sans hésita- » tion au lupus » (W. Dubreuilh et Brau) (1).

Dans l'un et dans l'autre cas, la recherche de lésions tuberculeuses dans les autres organes sera toujours indiquée et pourra, dans une certaine mesure, éclairer le diagnostic.

---

(1) W. Dubreuilh et Brau. De l'esthiomène ou ulcère simple chronique de la vulve. — *In* Archives cliniques de Bordeaux, 3e année, n° 12, décembre 1894, p. 555.

3° *Chancre syphilitique* (1). — Les chancres syphilitiques du clitoris, de son capuchon et du méat urinaire s'entourent souvent d'une induration volumineuse et profonde qui constitue comme une sorte de tumeur chondroïde, à la partie supérieure de la vulve. Ils ne subissent point, malgré leur masse, le ramollissement nécrobiotique si commun; mais ils s'ulcèrent quelquefois, végètent, deviennent douloureux, s'enflamment et saignent facilement; aussi persistent-ils parfois très longtemps. Ajoutons enfin que l'induration déforme dans certains cas l'orifice uréthral, le boursouffle, le rend béant, fongueux, et se prolonge quelquefois en arrière sur une grande étendue du canal. — Tels sont les caractères que M. Ch. Mauriac (2) attribue aux chancres syphilitiques de cette région; et qui montrent bien qu'il existe des circonstances où le médecin se trouve embarrassé pour affirmer un diagnostic précis. On se souviendra dans ces cas que l'épithélioma survient surtout chez les femmes âgées, qu'il repose sur une base dure et infiltrée, que les bords de l'ulcération sont renversés en dehors, que le suintement ichoreux qui s'est écoulé est plus abondant et plus fétide. Enfin la marche de l'affection, sa résistance à un traitement antisyphilitique régulier dans les cas douteux ne tarderont pas à faire disparaître les hésitations du praticien.

4° *Syphilis secondaire et tertiaire.* — La syphilis, à sa période secondaire, peut aussi envahir la région clitoridienne, mais il est rare que les lésions présentent des analogies avec celles du cancer et puissent rendre facile la confusion avec ces dernières, sauf dans les cas de leucoplasie vulvaire.

---

(1) Les chancres syphilitiques de la région clitoridienne sont très rares. M. le professeur Fournier, dans une statistique rapportée par M. Julien (Traité pratique des maladies vénériennes, Paris, 1886, page 531), en a observé dix cas sur un total de deux cent quarante-neuf malades.

(2) Ch. Mauriac. Leçons sur les maladies vénériennes professées à l'Hôpital du Midi, Paris, 1883, page 345.

Il n'en est pas de même des désordres produits par la syphilis tertiaire et plus particulièrement dans les formes bien décrites sous le nom de *phagédénisme térébrant*. Le diagnostic différentiel reposera sur l'étude des commémoratifs, la recherche d'accidents syphilitiques antérieurs ou concomitants multiples, enfin souvent sur l'existence des lésions, leur tendance à affecter le mode de groupement circiné, les bords taillés à pic de l'ulcération; le fond même de l'ulcération que caractérise ordinairement sa marche destructive.

Ici encore, l'essai du traitement spécifique pourra fournir de précieux indices pour le diagnostic.

5° *Esthiomène.* — L'esthiomène, que l'on peut définir avec MM. W. Dubreuilh et Brau (1) : « Une ulcération chronique de » la vulve, d'origine variable, entretenue par de mauvaises » conditions locales et générales, et accompagnée d'une lym» phangite hyperplasique », est susceptible, surtout dans ses formes perforante et hypertrophique, d'en imposer pour un cancer de la région clitoridienne.

Nous empruntons au mémoire de MM. W. Dubreuilh et Brau la description clinique de cette affection afin de montrer les caractères qui lui sont propres et qui permettront de la reconnaître.

L'ulcère, dans l'esthiomène, a souvent une forme « en fer à cheval » ou « en croissant ».

« Le fond de l'ulcère présente une coloration d'un caractère » spécial, d'un rouge blafard tirant sur le violacé en beaucoup » d'endroits et qui paraît recouvert d'un très léger enduit » opalin, assez analogue à la traînée de mucus luisant que » laisse après elle une limace. La surface est irrégulière, an-

(1) W. Dubreuilh et Brau. De l'esthiomène ou ulcère simple chronique de la vulve, *in* Archives cliniques de Bordeaux, 3e année, n° 12, décembre 1894, p. 557.

» fractueuse, ravinée par places, surtout lorsqu'un commence-
» ment de traitement l'a débarrassée en partie d'une sorte de
» pseudo-membrane jaunâtre, peu épaisse.

» Le suintement que sécrète l'ulcération est louche, peu abon-
» dant, c'est plutôt une sérosité visqueuse et roussâtre, un
» ichor, que du véritable pus. Elle exhale souvent une odeur
» fétide, qui n'a rien de bien spécial et ne diffère pas beaucoup
» de toutes les odeurs *sui generis* qu'exhale en cette région du
» corps la plupart des sécrétions pathologiques. Cette sécré-
» tion n'est pour ainsi dire jamais sanguinolente (sauf peut-être
» un cas de Duncan); l'ulcère, atone, ne saigne pas quand on le
» touche, et n'est généralement le siège d'aucune douleur.

» Les bords sont médiocrement indurés, sauf en certaines
» régions plus exposées aux contacts septiques, telles que l'ori-
» fice anal. Ils ont plutôt au toucher la consistance ferme,
» parfois élastique et souvent pâteuse de l'éléphantiasis. Ils
» sont renversés en dedans, de coloration blanchâtre ou d'un
» rose légèrement violacé, n'ont pas les déchiquetés brusques
» des ulcérations tuberculeuses, par exemple. Le processus
» lent les modèle, pour ainsi dire, en arrondit les contours, les
» épaissit et les surélève déjà pour les hypertrophier bientôt ».

Les ganglions inguinaux sont rarement envahis, et l'état général reste bon pendant longtemps.

6° *Cancer primitif du méat urinaire.* — Le cancer primitif du méat urinaire chez la femme est si rare, que plusieurs auteurs n'ont pas craint de nier son existence. Nous devons le signaler ici, et le différencier du cancer primitif du clitoris, en raison des troubles fonctionnels qui lui sont communs avec cette dernière affection.

Après les observations de Riberi (1) qui le premier l'a signalé

(1) Riberi. Société médico-chirurgicale de Turin, 23 août 1844.

en 1844 à la Société médico-chirurgicale de Turin, les cas de Melchiori (1), de Bardenhauer (2), de Thomas (3), de Winckel (4), de Jarjavay (5), de Péan (6), et de Picqué (7) en ont fait connaître les principaux caractères, que nous trouvons très bien étudiés dans la thèse de doctorat de M. Sollier (8).

Les premiers symptômes révélateurs de l'existence du cancer primitif du méat urinaire, sont des troubles douloureux et fonctionnels. Ce sont ordinairement, tantôt un prurit vulvaire, tantôt une cuisson brûlante, des élancements indépendants de toute irritation, produits par les écoulements vulvaires et vaginaux. D'autres fois, le néoplasme traduit sa présence par un spasme douloureux. Au moment du coït, par des hémorrhagies, et surtout par des troubles urinaires, qui le plus souvent constituent les seuls troubles fonctionnels, dysurie, ischurie (Riberi), fausse incontinence d'urine (Picqué). Bientôt après, lorsque le néoplasme est ulcéré, apparaissent les écoulements ichoreux, sanguinolents et fétides que l'on observe dans tout cancer arrivé à sa période d'ulcération.

Ces symptômes, sauf peut-être les troubles urinaires précoces, n'ont aucun caractère pathognomonique qui permette de localiser l'affection d'une façon précise : seul l'examen direct et attentif du méat urinaire pourra permettre de faire le diagnostic, si la lésion n'est pas déjà trop étendue. On pourra

---

(1) Melchiori. *In* Thèse de Sollier, Paris, 1889.

(2) Bardenhauer. Stat. des opér. faites à l'hôpital de Cologne, 1876.

(3) Thomas. *American Journ. of obstetrics*, 1876.

(4) Winckel. Pathologie der Weiblichen sexualorgane, Leipzig, 1881.

(5) Jarjavay. Anatomie chirurgicale, 1852.

(6) Péan. Clin. chir. de l'hôpital Saint-Louis, 1880.

(7) Picqué. *In* Thèse de Sollier.

(8) Sollier. Du cancer primitif du méat urinaire chez la femme. Thèse de doctorat, Paris, 11 avril 1889.

constater alors, au niveau du méat un petit tubercule dur, indolent ou douloureux, dont les limites sont difficiles à déterminer en raison de son infiltration au sein des tissus voisins. Mais rarement, il est donné de voir à son éclosion le cancer du méat; ce que l'on observe généralement, c'est le cancer déjà vieux, ulcéré, souvent canaliculé à son centre par l'urèthre, bourgeonnant, mamelonné, convert de détritus sanieux et fétides, s'étendant en profondeur et en largeur le long du canal uréthral, parfois venant faire saillie entre les nymphes.

B

Lorsque le cancer aura été distingué des autres affections du clitoris, avec lesquelles il a quelquefois des analogies assez importantes, le diagnostic sera complété, dans la mesure du possible, par la recherche de la variété de tumeur maligne en présence de laquelle on se trouve.

On se rappellera toutefois que le carcinome proprement dit mélanique ou non, a une évolution très rapide, qui s'infiltre profondément au sein des tissus voisins, retentit sur les ganglions lymphatiques d'une façon très précoce, et aboutit en quelques mois, à l'infection générale de l'organisme tout entier.

L'épithélioma a une allure moins maligne, surtout à son début; l'infection ganglionnaire qu'il provoque est moins précoce; et puis, il est susceptible dans quelques cas, tout à fait exceptionnels, d'aboutir à la cicatrisation, au moins en certains de ses points (Cornil) (1).

Quant au sarcome, il se caractérise surtout par la présence de bosselures, d'irrégularités, dans sa forme et consistance,

(1) Cornil. Soc. anat. Paris, 20 mars 1874, p. 231-237.

l'existence d'un lacis veineux assez accusé, enfin l'absence de retentissement ganglionnaire au moins tant que le néoplasme n'est pas ulcéré.

Enfin nous ne saurions terminer ce paragraphe sans dire qu'il est bien des cas pour lesquels il est tout à fait impossible de se prononcer avant l'examen histologique d'un fragment du néoplasme.

Cet examen pourra quelquefois, dans le doute, être fait avant l'intervention, mais c'est là une pratique à laquelle on ne doit avoir recours qu'exceptionnellement, et dans les cas encore justiciables d'une intervention chirurgicale car, on le sait, elle n'est pas sans influence sur la marche du néoplasme : à l'égal d'un traumatisme, elle donne en quelque sorte un coup de fouet à l'affection.

C

Enfin le diagnostic ne sera réellement complet que si on se rend un compte exact de l'étendue de la lésion, de ses rapports et de l'état des ganglions lymphatiques, et de l'existence ou de l'absence de généralisation dans les divers organes susceptibles d'être envahis.

Ce n'est qu'après avoir étudié ces divers points que le chirurgien pourra, en toute connaissance de cause, formuler un pronostic sérieux et instituer un traitement utile au malade.

CHAPITRE VI

ÉVOLUTION. — PRONOSTIC

La marche du cancer de la région clitoridienne dont il est difficile de préciser la durée, est relativement assez lente, surtout lorsque les malades, n'ayant pas de prurit, ne sont pas constamment à gratter, à s'écorcher, favorisant ainsi l'évolution de leur mal.

Quoi qu'il en soit, la terminaison du cancer du clitoris est fatale (1) : la généralisation est la règle et les malades succombent après un laps de temps variable à la cachexie. De toutes les variétés, la plus grave est assurément la forme mélanique.

Seule, nous le verrons tout à l'heure, une intervention chirurgicale précoce peut procurer une survie quelquefois assez longue.

---

(1) L'épithélioma, et en particulier la forme tubulée, est susceptible de guérir spontanément. Cette terminaison tout à fait exceptionnelle est démontrée par l'observation que M. le professeur Cornil a publiée dans les Bulletins de la Société anatomique de Paris. Il s'agissait, dans ce cas, d'un épithélioma tubulé de la vulve, des grandes lèvres, de la peau du pubis et de la région inguinale, terminé par une cicatrisation très étendue (Cornil, Soc. anat. Paris, 20 mars 1874, pages 231-237).

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Indications et contre-indications.

Quelle doit être la conduite du chirurgien dans le cancer primitif du clitoris ?

Doit-on intervenir ? Il y a quelques années encore, la plupart des chirurgiens étaient d'accord pour recommander l'abstention, en raison de la récidive presque fatale du néoplasme, de l'étendue et de l'importance des lésions au moment où l'on voit la malade pour la première fois, et aussi de la gravité de l'acte opératoire. On considérait le cancer du clitoris comme un *noli me tangere.*

Aujourd'hui, grâce aux progrès de la chirurgie moderne, à la bénignité relative des opérations quand on se soumet aux règles d'une antisepsie rigoureuse, nous n'acceptons plus cette manière de voir, et nous pensons qu'on doit opérer toutes les fois qu'on le peut une tumeur qui, abandonnée à elle-même, conduit fatalement à la mort. Nous ne devons pas refuser à une malade un soulagement même passager, une prolongation d'existence, ne dût-elle être que de quelques jours.

Il y a cependant des cas où l'abstention s'impose. C'est un devoir pour le chirurgien de ne pas intervenir quand la malade est dans un état de cachexie tellement avancé que la moindre opération hâterait le dénouement, quand le néoplasme est si étendu qu'il est impossible de l'enlever dans sa totalité, quand

enfin, l'opération, pour être complète, devrait entraîner de trop grands délabrements, et intéresser des organes importants (1). Dans ces circonstances malheureuses, le traitement sera palliatif.

A. Traitement chirurgical.

Le principe de l'intervention étant admis sans conteste, toutes les fois que la tumeur est petite et paraît limitée, que l'état général est bon, il nous reste à examiner quels sont les divers moyens peuvent qui être mis à la disposition du chirurgien.

1° *Caustiques.* — La cautérisation par les caustiques a été utilisée dans ce cas, comme dans le traitement de tous les cancers, mais les avantages qu'elle offrait autrefois ont aujourd'hui perdu leur importance, et on s'accorde à reconnaître que c'est un procédé long et douloureux, dangereux parce qu'il est impossible de limiter son action d'une façon précise, infidèle dans ses résultats, et qui enfin expose à une hémorrhagie secondaire quand l'escharre se détache.

Churchill a eu recours une fois au chlorure de zinc : il dut faire à diverses reprises des applications sur la tumeur; il se détacha une large escharre, la malade souffrit beaucoup, mais ne *retira aucun bénéfice* de ces applications (2).

2° *Galvanocaustie.* — Cette méthode est moins aveugle que la cautérisation par les caustiques chimiques, mais elle n'est pas sans inconvénients, elle ne met pas à l'abri des hémorrhagies secondaires à la chute de l'escharre, et ne peut guère être appliquée que dans le traitement de néoplasmes pédiculés, ce qui est l'exception dans le cancer.

---

(1) Ajoutons aussi qu'un état diathésique grave (albuminurie, diabète, etc.) ou une maladie intercurrente, sont le plus ordinairement une contre-indication opératoire.

(2) Churchill. Traité pratique des maladies des femmes, 3e éd., Paris, 1881.

3° *Ecraseur linéaire.* — L'écraseur linéaire de Chassaignac, qui marqua un réel progrès dans la thérapeutique chirurgicale, a été employé avec succès par Bailly, Verneuil, Huber, Soubougyn, de Saint-Germain, etc. ; mais on peut également reprocher à ce procédé d'être lent, difficile à appliquer sur des tumeurs généralement sessiles et enfin de laisser dans la plaie opératoire une partie du néoplasme.

4° *Thermo-cautère.* — Quelques-unes des objections précédentes peuvent s'appliquer à l'emploi du thermo-cautère, qui cependant a sur les méthodes précédentes une valeur incontestable : c'est le procédé auquel ont eu recours la plupart des chirurgiens qui ont opéré des cancers du clitoris (Demons, Péan, Polaillon, Terrillon, etc.). Nous croyons néanmoins que l'exérèse au thermo-cautère ne doit pas être le procédé de choix : on peut lui reprocher d'être une méthode lente, de rendre difficile l'examen des tissus et enfin d'empêcher la réunion immédiate de la plaie opératoire. On y aura recours seulement pour assurer l'hémostase, soit à titre de traitement palliatif, soit pendant une intervention sanglante, quand on sera en présence d'une artériole impossible à lier, ce qui est exceptionnel.

5° *Méthode sanglante.* — C'est à l'ablation à l'aide du bistouri que le chirurgien aura recours dans la plupart des cas justiciables de son intervention. Cette méthode est rapide, permet à tout instant de se rendre un compte exact de l'étendue des lésions, de leurs rapports avec les organes voisins, de poursuivre le néoplasme partout où il s'est infiltré, etc. Seule, par conséquent, cette intervention est réellement éclairée; seule elle permettra au chirurgien de dépasser, en connaissance de cause, les limites du mal et de faire une opération utile.

En règle générale, on circonscrit la tumeur par deux inci-

sions demi-circulaires, on la détache peu à peu des parties profondes, en ayant soin de respecter, dans la mesure du possible, le méat urinaire et le canal de l'urèthre, s'ils ne sont pas envahis. Au cours de l'opération, l'hémostase sera assurée facilement par des pinces à forcipressure ou la compression, et ultérieurement par des ligatures. Enfin, on affrontera exactement les bords de la plaie et on cherchera à obtenir la réunion par première intention.

L'acte opératoire ne devra pas se borner à l'ablation de la tumeur; il faudra aussi, dans la plupart des cas, enlever les ganglions inguinaux. C'est là un précepte classique qu'on ne doit pas oublier sous peine de faire une intervention incomplète.

Néanmoins, quand le néoplasme a été observé à son début, qu'il est extrêmement limité, et que les ganglions inguinaux ne sont nullement augmentés de volume, ni indurés, il sera permis de surseoir à ce temps complémentaire de l'opération ; dans ce cas, la malade sera très attentivement surveillée, et l'ablation des ganglions s'impose au moindre indice, surtout si l'examen histologique de la tumeur a confirmé le diagnostic clinique de cancer.

Dans le doute, l'ablation des ganglions s'impose, eu égard à la fréquence des lésions secondaires dont ils sont le siège dans le cancer du clitoris.

Nous croyons inutile d'insister sur les précautions antiseptiques qui, dans ce cas, devront être extrêmement rigoureuses, le champ opératoire sera rasé, savonné, passé à l'alcool et au sublimé à 1 pour 1000; des injections vaginales, des tampons de ouate iodoformée pendant plusieurs jours avant et après l'opération, etc.

Suites opératoires. — Il sera bon, même lorsque l'urèthre n'aura pas été intéressé, de placer une sonde à demeure, ou

mieux de faire des cathétérismes réguliers de la vessie (trois par jour) pour empêcher le pansement d'être souillé par les urines. Cette précaution est, d'ailleurs, le plus souvent rendue indispensable par la rétention d'urine à peu près constante, au moins pendant les premiers jours qui suivent l'intervention chirurgicale.

B. Traitement palliatif.

Si le néoplasme a détruit complètement le clitoris et son capuchon, envahi les grandes et les petites lèvres, infiltré l'urèthre, retenti sur les ganglions lymphatiques pelviens, etc., en un mot si l'ablation totale du cancer n'est plus possible ou si l'état général de la malade est trop mauvais, on se bornera à un traitement palliatif et le médecin mettra tous ses soins à en remplir les diverses indications.

On calmera les douleurs avec le chloral, l'opium, etc.; on arrêtera les hémorrhagies à l'aide du thermo-cautère ou par des pansements compressifs; on s'appliquera à faire des pansements antiseptiques fréquemment renouvelés pour diminuer la fétidité des pertes; on placera une sonde à demeure ou on fera des cathétérismes réguliers, etc. Enfin, on prendra des soins de propreté extrême pour éviter, dans la mesure du possible, l'érythème, les eschares, etc., accidents si douloureux et malheureusement si fréquents aux périodes ultimes de la maladie.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

Nous ne donnons dans ce chapitre que les observations dans lesquelles nous avons trouvé un diagnostic histologique précis, les autres, dont quelques-unes sont très incomplètes, ont été indiquées dans le cours de ce travail; on les trouvera réunies dans divers travaux antérieurs au nôtre, et plus particulièrement dans ceux de MM. Deschamps, J. Dauriac, Maurel, Lahaye et Sassi.

Enfin pour que ce chapitre fût complet, il aurait fallu pouvoir y ajouter un certain nombre de cas publiés à l'étranger, mais que, à notre grand regret, nous n'avons pu nous procurer. En voici l'indication bibliographique :

Goth, Pigment sarkom der aüsseren genitalien (*Central. f. Gynœcol.,* 1881). — Valerani, Epith. prim. de la clitoride; clitoridectomie; guarigione. Osservatore. Torino, 1887, XXXVIII, 482-486. — Hœckel, Ueber melanotische Geschwichte der Weiblichen Genitalien (*Archiv. f. Gynack.*, 1888). — Lafleur, Melanotic sarcoma of the clitoris. Montréal M. J., 1888-1889, XVII, 827. — Edis, On epithelioma of the clitoris (*Brit. Gynœk. J.*, London, 1889-1890, v. 322-324). — Robb, myxo-sarcoma of the clitoris. Johns Hopkins (*Hosp. Rep. Balt.*, 1890, II, 227-230. — Townsend, A report of four cases of the clitoris where clitoridectomie was performed (Albany, *M. Ann.*, 1891, XII, 68-70) ou (*Tr. M. soc. N.-Y.,* Philadelphia, 1891, p. 317).

— Peckham, Tumors of the clitoris (*Am. J. of obst. N.-Y.*, XXIV, 1153-1172, 1 pl.).

OBSERVATION I

Squirrhe de la vulve. — Infection des glandes inguinales. — Mort par inanition.

Mayer. *Monats. für Geburts*, Berlin, 1868.

Une femme de 64 ans avait eu deux grossesses pendant les cinq premières années de son mariage, qui dura 29 ans. De 12 à 50 ans, la menstruation s'était accomplie d'une façon régulière et sans difficulté. A 58 ans, elle eut une fièvre nerveuse qui n'entraîna aucune complication; jusqu'à ce moment du reste elle avait joui d'une santé parfaite. Mais, sans cause occasionnelle apparente, elle éprouva, dans sa soixante-deuxième année, dans la région du méat urinaire, une démangeaison qui ne tarda pas à devenir plus vive et plus fréquente et qui dégénéra en sensations douloureuses.

A 64 ans (3 mois avant que je la connusse), la malade ressentait presque continuellement des douleurs lancinantes très violentes. Ses forces diminuaient, elle avait perdu l'appétit et maigrissait à vue d'œil. L'insomnie avait aigri son caractère et l'avait rendue très irritable.

Je vis la malade pour la première fois en mars 1862. C'était une femme petite, à constitution délicate, très amaigrie, la figure sillonnée de rides profondes et exprimant la souffrance.

Les organes de la poitrine paraissaient sains; la région abdominale ne présentait rien d'anormal. Les ganglions inguinaux étaient pour la plupart enflammés et durs.

Quant à la vulve, voici l'aspect qu'elle présentait : les grandes lèvres, indurées dans leur moitié supérieure, étaient écartées l'une de l'autre. A la place du clitoris, on remarquait une ulcération à bords découpés à pic, inégale et de mauvaise couleur.

La région environnante était tuméfiée et indurée. Les petites lèvres étaient épaissies et dures. Dans celle de gauche se trouvait une tumeur

saillante de la grosseur d'un haricot, ulcérée à sa surface et sur laquelle on remarquait des couches d'épithélium blanches et calleuses. La petite lèvre droite présentait de profondes ulcérations aux arêtes vives et de même constitution que celle qui était située sur le clitoris.

L'orifice uréthral, fermé par un bourrelet durci, était visiblement rétréci. L'entrée du vagin était étroite et douloureuse. L'utérus et le vagin étaient sains.

Bien que le caractère malin de cette affection ne fût nullement douteux, et que le salut de la malade dépendît de l'extirpation du néoplasme, il fallut cependant s'abstenir de toute opération, soit parce que la dégénérescence avait pénétré trop avant dans les tissus profonds, soit parce que les ganglions inguinaux étaient infectés, soit enfin parce que cette femme de 64 ans se trouvait dans un état de faiblesse générale extrême.

Je me bornai donc à l'emploi des narcotiques et prescrivis une médication symptomatique.

La généralisation fut lente, malgré l'état de collapsus croissant. La mort survint quelques mois après, par cachexie. J'avais enlevé quelques morceaux de la tumeur de la petite lèvre pour les soumettre au microscope.

M. Recklinghausen confirma la nature squirrheuse du néoplasme.

OBSERVATION II

Tumeurs mélanotiques de la vulve.

Ch. Bailly. *Gazette heddomadaire de médecine et de chirurgie*, 20 novembre 1868, nº 47, p. 741.

Mme D. G... est âgée de 72 ans; elle est née à Rouen; ses jeunes années se sont écoulées de la manière la plus heureuse. Elle est réglée à 11 ans et vient habiter Paris sept ans plus tard; elle se marie à 21 ans et dans l'intervalle de 22 a 42 ans, met au monde 4 enfants parfaitement bien portants, mais d'un tempérament nerveux comme celui de leur mère. L'année suivante voit commencer pour elle une série de maladies et de malheurs étrangers peut-être au mal actuel, mais qui

apportent dans sa santé une profonde perturbation. Ses règles, jusque-là régulières, s'arrêtent brusquement sous l'influence d'une vive émotion et ne reviennent plus. Un rhumatisme articulaire aigu s'empare d'elle, et, franchement diathésique, va, vient et parcourt par intervalles toutes les articulations des membres supérieurs et inférieurs, et cela pendant plus de quatorze ans. La malade avait alors plus de 60 ans; elle quitte Paris pour aller habiter aux environs de Tours. Chose digne de remarque, ce rhumatisme articulaire, si tenace, si rebelle à tout traitement, cesse à partir de cette époque, et sans retour. Le changement seul de pays a-t-il amené cette cure radicale, ou bien la maladie avait-elle terminé son évolution?

Dans ces douze dernières années, où la maladie semblait pour toujours avoir oublié M^me^ D. G.., elle n'échappait aux malheurs physiques que pour être plus cruellement éprouvée par les peines morales. La perte d'une fille aînée, parfaitement établie, mère elle-même, jettent dans son cœur un chagrin profond dont les années n'ont pas encore effacé la trace. Son mari tombe malade à son tour, et subit à intervalles plusieurs attaques de paralysie et la crainte d'une attaque nouvelle et fatale ne cesse de tenir encore, à l'heure qu'il est, sa femme dans le plus affreux souci. Au mois d'août 1867, de nouvelles préoccupations venaient encore l'assaillir : son fils, qui est médecin, passait ses derniers examens, et bercée tour à tour de crainte et d'espérance sur les succès du futur docteur, elle nous a raconté qu'elle avait passé une longue suite de nuits dans la plus complète insomnie.

Au milieu de ces pénibles circonstances, elle s'aperçoit de la manière la plus fortuite du mal qui la tourmente; c'était dans les premiers jours du mois de septembre dernier, il y a dix mois à peine; occupée des soins de sa toilette, elle sent sous les doigts une petite tumeur indolente de la grosseur d'une lentille; elle regarde, elle était légèrement colorée en noir violacé et située dans l'épaisseur de la petite lèvre droite, à la partie supérieure et interne, près du clitoris.

Cette tumeur était si petite, si indolente, que M^me^ D. G..., complètement rassurée, n'en parle à personne; elle la voit grossir avec une telle lenteur qu'elle se borne, pour toute précaution, à des soins de propreté

fréquemment renouvelés. Les mois de novembre, décembre, janvier, février, mars se passent sans qu'elle en soit le moins du monde incommodée, elle se promène, vaque à ses affaires sans aucune inquiétude, se figurant que cette tumeur, alors du volume d'une noisette, va demeurer comme une masse inerte sans s'accroître autrement.

Son erreur était grande, car tout à coup, au commencement du mois de mai, l'accroissement jusqu'ici sourd et lent, se fait avec une rapidité de jour en jour plus marquée; en même temps, la tumeur s'ulcère en plusieurs endroits à la fois, et laisse écouler une abondante quantité d'un liquide filant, blanc au début, jaune à la fin, formant sur le linge des taches jaunâtres et comme marbrées. Chaque fois que la malade s'essuie quelques gouttelettes de sang apparaissent; elles viennent, non pas de la tumeur mais du clitoris, siège lui-même de douleurs lancinantes, et qui persistent encore aujourd'hui.

La malade est arrivée à la Maison municipale de santé, dans le service chirurgical de M. Demarquay, le 19 mai 1868. Dans les 8 jours qui ont précédé et les 8 jours qui ont suivi son entrée, la tumeur a pris un développement si considérable qu'elle a fini par obstruer d'une façon complète l'orifice vulvaire. Ajoutons que, grâce à la mobilité de sa base d'implantation, elle pouvait se déplacer aisément à droite et un peu à gauche, et permettait à la malade de se livrer à tous les soins nécessaires à la propreté. Cette circonstance rendait l'ablation plus commode, et M. Demarquay, plus poussé par les instances de la malade, que par l'espoir d'une guérison, la pratiqua le 27 mai à l'aide de l'écraseur linéaire de Chassaignac. Le pédicule de la tumeur, c'est-à-dire la petite lèvre, fut sectionné en entier et au niveau de la grande lèvre. La tumeur extirpée pèse environ 50 grammes; elle a le volume d'un œuf de pigeon; elle est presque régulièrement ovoïde, et présente à sa face antérieure plusieurs points ulcérés. La surface, partout ailleurs, en est lisse, luisante, d'un noir violacé; elle est constituée par de l'épiderme, qui a conservé tous ses caractères, et qui est blanchâtre, légèrement transparent, voile la vraie couleur du parenchyme mélanotique. La coupe laisse apercevoir une substance assez compacte, homogène, ayant la coloration du pigment choroïdien.

Examen microscopique par M. Bouchard. — Le tissu de la tumeur est généralement noir, parcouru de tractus fibreux grisâtres ; ils se prolongent avec ces mêmes caractères à la face profonde de l'épiderme qui n'est pas modifié. Le râclage de cette tumeur à l'état frais donne un nombre assez considérable de cellules à noyaux ovoïdes assez volumineux, contenant généralement un nucléole; la masse cellulaire qui enveloppe ce noyau est inégalement poliédrique, assez souvent aplatie. De ces cellules, un certain nombre contiennent des granulations pigmentaires; d'autres n'en renferment aucune. On trouve, de plus, disséminés dans la préparation, d'innombrables granulations du pigment brun ou noir, et quelques corps plus volumineux ressemblant assez, pour la forme et le volume, à des grains d'amidon sans stries apparentes et d'un brun noirâtre un peu transparent. Sur des coupes faites après durcissement dans l'alcool, on trouve un stroma irrégulier, fibrillaire, cloisonnant une masse formée par la réunion des cellules précédemment décrites.

L'opération faite, M. Demarquay examine le vagin et constate les particularités suivantes :

Sur la face interne moyenne et inférieure de la grande lèvre droite, on aperçoit une tache noirâtre, d'une teinte presque entièrement uniforme, plus large en haut qu'en bas; sur la face interne de la lèvre gauche et ayant à peu près la même disposition, on distingue également comme une traînée de taches semblables, mais reliées entre elles et dont la teinte n'a pas le même degré d'uniformité que celle de la lèvre opposée; enfin, d'autres taches se voient à l'entrée du vagin qu'elles ont envahi lui-même.

Dans la suite, ces diverses lésions ont augmenté rapidement de volume, se sont infiltrées au sein des tissus; l'amaigrissement a fait des progrès de jour en jour; tous indices qui ne laissent aucun doute sur une issue fatale, à bref délai.

OBSERVATION III

Tumeurs cancéreuses multiples chez une femme opérée d'un épithélioma du clitoris.

Léger. *Bull. de la soc. anat.*, Paris 1er mai 1874, p. 373.

Caroline B..., 62 ans, entra le 12 août 1873, à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques, n° 12 (service de M. Desprès). Elle présentait alors un épithélioma du clitoris développé depuis un an. L'ablation de la tumeur fut faite le 1er septembre. Un mois après, le développement de bourgeons charnus exubérants fit craindre une récidive, mais ils disparurent rapidement après des cautérisations au nitrate d'argent. Il existait en même temps chez cette femme une tumeur du sein droit. Cette tumeur, dont le début remontait à trois ans, offrait les caractères d'un adénome; pourtant, elle était ulcérée en un point et avait par là donné lieu à des hémorrhagies assez abondantes, elle présentait, en outre, vers sa partie supérieure, une partie fluctuante, contenant certainement un liquide dont la coloration paraissait, par transparence, violacée. La malade mourut d'épuisement.

Autopsie : Pas de lymphangite pelvienne; les ganglions auxquels aboutissent les lymphatiques des organes génitaux, ne présentent aucune altération; utérus normal.

Les *reins* contiennent des noyaux cancéreux dont quelques-uns commencent à se ramollir; on trouve aussi des noyaux dans les *poumons*. La malade avait, pendant les derniers temps de sa vie, présenté une toux fréquente, sans expectoration caractéristique. Le poumon gauche présente, au sommet, des adhérences intimes avec la plèvre pariétale; il est en ce point, creusé d'une vaste caverne dont les parois seront recouvertes d'un putrilage grisâtre. Le lobe moyen du poumon droit présente aussi une tumeur saillante à sa face externe, et qui à la coupe paraît ramollie, et constituée par une matière analogue à celle qui tapisse les parois de la cavité du poumon gauche. La tumeur du *sein* est formée presque entièrement par une poche remplie de liquide sanguinolent;

cette poche repose sur une base indurée. Les parois, examinées au microscope par M. Desprès, sont formées par des culs-de-sac glandulaires séparés par des éléments fibro-plastiques.

OBSERVATION IV

Launois. Société anatomique, 1883.

Louise V..., âgée de 5 ans, est amenée à l'hôpital des enfants, chez M. le Dr Saint-Germain, le 1er mai 1882.

La mère raconte que depuis longtemps elle a remarqué au niveau de la vulve de son enfant une tumeur qui ne l'a pas inquiétée d'abord, mais qui, depuis quelque temps, augmente rapidement de volume.

L'enfant ne se plaint pas, n'a jamais fait de maladies. A l'examen on constate au niveau de la région clitoridienne une masse molle, pédiculée à son extrémité inférieure. En haut elle se continue avec la peau qui forme le capuchon du clitoris, en bas elle présente des mamelons séparés par des sillons assez profonds. La peau qui recouvre cette tumeur présente la même pigmentation que celle des parties voisines.

Grandes lèvres normales.

Pas de ganglions inguinaux.

On pense à une hypertrophie simple du clitoris et de son capuchon.

Opération du 6 mai, avec l'écraseur linéaire ; des tampons d'amadou sont appliqués sur la plaie.

Le soir l'enfant perd une certaine quantité de sang en faisant des efforts de défécation.

Pansement renouvelé.

La plaie se cicatrise rapidement et l'enfant quitte l'hôpital le 13 mai, à peu près complètement guérie.

23 juin : L'enfant est amenée de nouveau à l'hôpital.

Elle souffre beaucoup et la mère raconte que la tumeur a repoussé plus volumineuse qu'auparavant.

A l'examen de la vulve, on constate en effet une masse rougeâtre

mesurant 6 centimètres en hauteur et 3 centimètres en largeur. La surface de cette tumeur est lisse et rouge.

Pas de ganglions inguinaux.

Le 30 : Deuxième opération avec l'anse galvanique.

M. de Saint-Germain fait observer que l'opération est simplement palliative et que la tumeur récidivera fatalement.

Le 25 septembre : Troisième ablation de la tumeur avec l'anse galvanique.

4 octobre : Nouveaux bourgeonnements de la tumeur.

On fait à la base de cette tumeur cinq incisions et on enfonce dans leur trajet des flèches de pâte de Canquoin. Malgré cela, l'affection continue à progresser.

15 novembre : Toute la vulve et la région pubienne sont envahies. Les grandes lèvres sont transformées en masses lobulées, du volume d'une grosse noix.

Dans le pli inguinal gauche, hypertrophie considérable des ganglions.

Incontinence d'urine. Diarrhée. La petite malade dépérit de jour en jour, ne mange plus et maigrit considérablement. Elle meurt le 22 décembre.

Autopsie : En écartant les lèvres de la vulve, on trouve un sillon profond au fond duquel il est impossible de retrouver l'origine interne du canal de l'urèthre. La partie inférieure de la paroi abdominale est infiltrée dans toute son épaisseur.

La vessie est dure, rétractée. En l'incisant, on constate une dégénérescence de toutes les tuniques et principalement de la tunique muqueuse, qui mesure 1 centimètre et demi d'épaisseur.

La cavité vésicale est remplie par une masse grisâtre et dure.

Utérus, reins, rectum normaux. Les ganglions iliaques et lombaires forment des masses volumineuses.

Le foie et le poumon gauche présentent quelques noyaux durs, du volume d'un pois.

Examen histologique : Sur une coupe de la première tumeur enlevée, on voit quelques points où le revêtement normal de la muqueuse est

conservé. La couche sous-jacente de l'épithélium est constituée par de petits éléments ronds ayant un noyau très volumineux. On distingue entre eux un grand nombre de capillaires sanguins. Ces éléments sont très serrés les uns contre les autres. En certains points, ils ont un aspect puriforme ou étoilé et sont séparés par une masse abondante de matière amorphe et granuleuse.

Cette tumeur rappelle donc la structure du sarcome.

OBSERVATION V

Dr Sousovaxx, *Vrach, Saint-Petersbourg*, 1881.

A. K.... Finlandaise, âgée de 70 ans, ne s'était aperçue de son mal que deux mois avant la consultation pour laquelle elle s'était adressée au Dr Soubougyn. Elle éprouvait des démangeaisons violentes à la vulve.

A l'examen de la région, on constatait une tumeur grosse comme une noix, attachée par une large base au sommet du clitoris. Tout le reste de la muqueuse vulvaire était sain.

Les ganglions de l'aine étaient normaux.

L'ablation de la tumeur fut faite à l'aide de l'écraseur linéaire. Il se déclara une petite hémorrhagie qui fut arrêtée par le couteau du thermo-cautère.

Vingt jours plus tard, la plaie était cicatrisée et les démangeaisons avaient disparu. Pas de recidive. La tumeur ressemblait à une framboise à large base et à sommet étroit.

La surface était grenue, pleine de saillies separées par des sillons remplis de pus et d'écailles épidermiques.

A la coupe, la tumeur était blanchâtre et offrait une structure fibreuse.

L'examen microscopique demontra l'existence d'un tronc de tissu fibreux et conjonctif, court et epais, partant de la base et se divisant vers le sommet comme un éventail en plusieurs branches.

Chaque branche se divisait encore en ramifications secondaires et ainsi de suite.

Outre le tissu conjonctif qui prédominait dans le tronc, on apercevait quelques petits vaisseaux qui entraient dans le second. La plus grande partie de la tumeur était constituée par des cellules épithéliales qui, en forme de gaîne composée de plusieurs couches, entouraient le tronc et les ramifications.

Les cellules épithéliales, voisines du tissu conjonctif, conservaient l'apparence de celles de l'épithélium normal du clitoris. Celles qui étaient situées vers le sommet de la tumeur étaient aplaties, à noyau comprimé.

Enfin, les plus superficielles étaient totalement atrophiées et elles avaient l'aspect de petites écailles cornées. L'épaisseur de la couche de ces cellules devenues cornées augmentait vers le sommet.

OBSERVATION VI

Hirigoyen. *Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 1882.

Cancer du clitoris (épithélioma pavimenteux lobulé) ablation. Généralisation. Mort.

Jeanne D..., 65 ans, entre le 30 avril 1877, à l'hôpital Saint-André, salle n° 11.

Depuis six mois, à la suite de vives démangeaisons, ulcérations à la région clitoridienne. Au moment de l'entrée à l'hôpital, cette ulcération circulaire mesure 6 centimètres de diamètre, et s'étend du clitoris au bord antérieur de la grande lèvre gauche. Elle présente l'aspect d'un cancroïde papillaire. Un peu de rougeur au-dessus du méat urinaire; un petit ganglion dans l'aine gauche.

M. le Dr Demons enlève la tumeur au thermo-cautère, en ayant soin de dépasser d'un centimètre les bords de l'ulcération. Au bout d'un mois, la malade quitte l'hôpital en bon état.

Un an après, la généralisation cancéreuse s'était effectuée : une masse ganglionnaire volumineuse occupait le pli de l'aine ; les ganglions abdominaux étaient eux-mêmes envahis, et la malade ne tarda pas à succomber aux accidents généraux consécutifs à la diathèse.

L'examen histologique de la tumeur au moment de son ablation, montra que l'on avait affaire à un épithélioma pavimenteux lobulé, avec globes épidermiques.

OBSERVATION VII

Foubert. *In* E. Deschamps, Etude sur quelques ulcérations rares et non vénériennes de la vulve et du vagin. Archives de tocologie, 1885, p. 124.

Cancer primitif de la vulve (épithélioma lobulé, globes épidermiques).

Marie L..., 75 ans, entre le 17 mars 1884, dans la salle C de l'hôpital temporaire de la rue Pascal. On ne trouve dans les antécédents de cette malade aucun symptôme de scrofule ou de syphilis. Mariée à 39 ans, elle a eu un enfant à 40, puis la ménopause s'est faite à 48 ans (il y a par conséquent 27 ans). Cette femme a toujours joui d'une bonne santé, menant une vie active, d'abord comme patronne d'un débit de vins, puis comme cuisinière de pension bourgeoise, chez son beau-frère. Elle s'est fatiguée, mais n'a jamais soufffert de privations.

Deux mois avant son entrée à l'hôpital, elle s'aperçoit d'un petit durillon sur la face externe de la grande lèvre droite. Il lui semble que cette tumeur disparaît, mais bientôt elle en constate une autre, qui cause de la douleur pendant la miction. Elle est située à la partie la plus élevée de la grande lèvre. Presque en même temps, la malade s'aperçoit qu'elle perd blanc, puis bientôt blanc sanguinolent, puis roux. Elle ressent quelques douleurs sourdes à l'hypogastre, elle s'affaiblit, s'inquiète et vient à l'hôpital.

La déformation la plus apparente dans la vulve est celle du capuchon clitoridien; tuméfié, rosé, lisse, résistant, il fait une saillie du volume du pouce.

La grande lèvre gauche paraît atrophiée et est en partie cachée par l'autre grande lèvre.

Sur le bord interne de celle-ci, on voit une série de plaques s'étendant transversalement jusque sur la petite lèvre, qui a disparu. Leur

surface est rosée, légèrement exulcérée. Ces plaques, peu épaisses, sont au nombre de trois sur la grande lèvre ; la plus inférieure empiète sur la fourchette, la supérieure se continue avec une quatrième qui passe sous le capuchon clitoridien et se continue sur la face interne de l'autre grande lèvre. Cette dernière tumeur paraît se continuer avec le clitoris.

La grande lèvre droite, recouverte en partie par ces tumeurs, est atrophiée, rosée, légèrement exulcérée.

En entrouvant la vulve, on voit des tumeurs se prolonger vers le vagin.

L'orifice de l'urèthre est situé entre deux plaques, mais non déformé, seulement un peu repoussé en bas.

Le toucher fait constater que les lésions forment à la vulve une sorte d'anneau incomplet, constitué par une réunion de petites nodosités résistantes, arrondies, lisses, de volume de noisettes, presque séparées les unes des autres. Plus avant dans le vagin, du côté droit, le doigt sent d'autres tumeurs semblables, remontant jusqu'au milieu environ de la profondeur du vagin. Celui-ci se termine par un cul de-sac lisse, au fond duquel on a peine à sentir l'utérus. Il existe un léger suintement non fétide. On voit un peu d'intertrigo dans le sillon interfessier. L'anus et le périnée sont sains.

Dans les deux aines, on trouve quelques ganglions durs, de volume de noyaux de cerises, mobiles, séparés les uns des autres.

La malade se plaint de quelques douleurs vagues à l'hypogastre et à la vulve.

Peu à peu les ganglions inguinaux deviennent plus volumineux, arrivent à avoir le volume de noisette, mais restent toujours isolés entre eux, et roulant sous le doigt.

La malade s'affaiblit de jour en jour et s'éteint le 5 maí à 5 heures du soir.

Autopsie : Les poumons, emphysémateux au sommet, sont infiltrés à la base, adhérences interlobaires à gauche.

Le cœur présente un volume normal, un peu d'hypertrophie des parois ventriculaires gauches ; végétations calcaires sur toute la mitrale et les bords libres des nids de pigeon aortiques.

Dilatation des sinus de Valsalva, plaques athéromateuses de l'aorte.

Légère apparence muscade du foie.

Le rein gauche, congestionné, présente sous la capsule un kyste gros comme une lentille. A la coupe, on aperçoit quelques grains de calculs uriques, les artères, athéromateuses, sont saillantes.

Le rein droit présente un volume normal, il se décortique facilement. A la coupe, on aperçoit quatre tumeurs sphériques, de volume variable, à centre caséeux et grumeleux, à enveloppe fibreuse, verdâtre, nettement limitée en dedans, se continuant en dehors avec de petits tractus qui gagnent la périphérie. On scie les branches horizontales du pubis et les branches ischiopubiennes, on détache la vulve, le périnée et les organes du petit bassin.

Le pubis a subi en partie la dégénérescence épithéliomateuse.

Les ganglions inguinaux, augmentés de volume, bien détachés les uns des autres, présentent une consistance un peu ferme et une coupe grisâtre.

La vessie est petite, contractée, du volume d'une prune; sa muqueuse, violacée, tomenteuse, ne semble pas avoir subi la dégénérescence épithéliomateuse; l'urèthre, très raccourci, ne possède plus de sphincter, il semble réduit à l'état d'une fistule irrégulière.

Pas d'épithélioma rectal; petite hémorrhoïde interne.

Péritoine intact dans tous les culs-de-sac.

Utérus légèrement augmenté de volume. L'orifice de l'urèthre a presque disparu; à la vulve, les tumeurs, à peine moins volumineuses que pendant la vie, sont moins colorées, grisâtres, mais n'ont pas diminué de consistance.

Examen histologique, par le Dr Hutinel :

La tumeur, molle, friable, d'un aspect grisâtre, présente à l'œil nu un aspect grossièrement grenu et mamelonné. On prend des fragments de la petite lèvre, et on les durcit dans l'alcool, la gomme, puis l'alcool. Sur des coupes perpendiculaires au plan de l'ulcération, on trouve, à un faible grossissement, la préparation remplie de prolongements épithéliaux en doigts de gant, en massue, en cylindres, anastomosés parfois les uns avec les autres, séparés par un tissu conjonctif très vascu-

larisé et présentant de distance en distance des proliférations embryonnaires intéressantes à étudier.

Chacun des cylindres épithéliaux est formé de cellules volumineuses, crénelées, dans lesquelles il existe parfois des vacuoles autour du vagin. Ces cellules sont idendiques à celle du corps de Malpighi, mais elles sont loin d'être disposées d'une façon aussi régulière, car au centre de ces noyaux, l'ordre des cellules semble souvent bouleversé. Des amas de cellules allongées, accolées l'une à l'autre, se voient à côté de globes épidermiques à centre jaunâtre. En d'autres endroits, toute apparence cellulaire a presque disparu, pour faire place à une matière jaunâtre, d'aspect colloïde, sur laquelle tranchent par places des noyaux jaunâtres, qui sont évidemment la trace des noyaux des cellules; ou bien, en faisant varier la vis micrométrique, on fait apparaître une sorte de réseau de fibrine, qui correspond évidemment aux limites des cellules disparues. Au voisinage, le tissu conjonctif est infiltré de cellules embryonnaires, disposées dans l'intervalle des fibres conjonctives et au pourtour des vaisseaux. En plusieurs points la transition entre l'élément épithélial et l'élément embryonnaire se fait par degrés tellement insensibles, qu'il semble que l'on puisse observer la transformation des cellules embryonnaires en cellules épidermiques. Certains vaisseaux semblent, de la sorte, creusés en plein épithélium, d'autres sont remplis de matières colloïdes. Les travées épithéliales se prolongent dans les parties les plus profondes du tissu; toute la grande lèvre et le pubis lui-même ont subi la dégénérescence épithéliomateuse.

OBSERVATION VIII (résumée).

Terrillon. *Annales de gynécologie,* 1886.

Sarcome mélanique de la région clitoridienne. — Ablation. — Récidive. — Généralisation. — Mort. — Autopsie.

L..., 62 ans, ressent depuis quelques mois des douleurs à la vulve, et s'est aperçue d'un léger écoulement sanguin.

Sur la face interne de la petite lèvre droite et empiétant sur le cli-

toris, existe une petite tumeur, du volume d'une grosse noisette, dure, régulière, sans bosselures et absolument noire. Cette tumeur est facilement mobilisable. Tout autour d'elle, la muqueuse est noire et sa pigmentation, uniforme, laisse entre ses taches quelques traînées de peau saine. Cette coloration se prolonge jusque dans le vagin, et sur la muqueuse du col utérin. Pas de glanglions dans la région inguinale. Opération le 28 juin 1885. La tumeur est excisée au thermo-cautère, en ayant soin de disséquer dans le tissu cellulaire profond, afin de laisser intacte la tumeur. Pas d'hémorrhagie.

Pansements phéniqués fréquemment renouvelés. Cicatrisation par seconde intention.

La malade est complètement guérie le 15 juillet, mais elle porte toujours la pigmentation vulvo-vaginale.

Examen histologique par M. le Dr Babinski. — L'épiderme est notablement altéré au niveau de la partie moyenne de la tumeur. Il est difficile de distinguer l'épiderme du derme : on trouve entre les cellules épidermiques un grand nombre de cellules remplies de pigment avec prolongements multiples. Les cellules profondes du stratum de Malpighi contiennent du pigment; les papilles sont remplies de cellules plus ou moins volumineuses, arrondies, ou de formes irrégulières et très pigmentées.

Si de l'épiderme on passe à l'examen des parties centrales de la pièce, on voit que la tumeur s'enfonce profondément dans le derme. Elle est constituée principalement par des cellules pour la plupart arrondies, de volume variable, dont les unes assez rares ont 30 à 40 μ de diamètre, dont la généralité présente un diamètre de 10 à 15 μ. Ces cellules sont accolées les unes aux autres, et agglomérées en formant soit des nodules, soit des noyaux plus ou moins réguliers, séparés les unes des autres par du tissu conjonctif qui contient des vaisseaux assez nombreux et dilatés. La plupart des cellules de la tumeur contiennent des granulations de pigment dans leur intérieur.

Il s'agit donc bien nettement d'un *sarcome mélanique.*

En novembre 1885, on constate une récidive dans les ganglions inguinaux du côté droit, et bientôt après la généralisation du néoplasme.

Le 17 février 1886, c'est-à-dire huit mois après l'intervention, on constate les caractères suivants :

La lésion mélanique a beaucoup progressé; les grandes lèvres sont œdématiées; la cicatrice de la petite lèvre enlevée reste intacte, mais sur l'autre lèvre, on voit plusieurs petites tumeurs noirâtres, saillantes. L'orifice de l'urèthre est envahi; on trouve une masse noirâtre, grosse comme le petit doigt sur la face postérieure du vagin. Dans l'aine, du côté droit, se trouve une tuméfaction ganglionnaire volumineuse comme le poing, bosselée et adhérente aux parties profondes. La peau est intacte, mais amincie et on peut voir par transparence la coloration noire de la tumeur sous-jacente. Dans l'aine gauche, quelques petits ganglions encore isolés et indurés. Enfin, un ganglion assez volumineux existe dans le creux sus-claviculaire droit et, dans la région du dos, on trouve une tumeur noirâtre du volume d'une noix.

Etat général mauvais; face bouffie, membres inférieurs œdématiés.

Examen du sang. — Globules blancs très nombreux, avec une grande quantité de granulations noirâtres très fines disséminées entre les globules.

Quelques-unes sont adhérentes aux globules blancs.

Examen de l'urine. — Mise dans un verre à pied et exposée à l'air, l'urine prend une teinte noirâtre presque aussi foncée que l'encre.

Mort le 6 mars 1886.

Autopsie. — Outre les lésions déjà décrites, on trouve non seulement les ganglions inguinaux et iliaques envahis par une substance noire, mais encore tous les ganglions abdominaux et thoraciques ont subi la même altération.

Le foie et la rate sont remplis de petits noyaux noirâtres.

Un nouvel examen histologique pratiqué par M. le professeur Cornil démontra qu'on avait affaire à un sarcome mélanique généralisé. Sur des coupes du vagin et des petites lèvres, on voyait les papilles remplies de granulations noires qui gorgent aussi les vaisseaux sanguins. Les autres vaisseaux du tissu conjonctif sont comme infectés par des cellules remplies de granulations.

Les ganglions lymphatiques envahis sont transformés en totalité en une masse sarcomateuse pigmentaire.

Dans le foie, les parties noires sont constituées par des lobules entièrement noircis par des granulations. Les cellules hépatiques contiennent aussi quelques granulations et les capillaires sont remplis de cellules pigmentaires.

OBSERVATION IX

Jacobs. La policlinique de Bruxelles, 15 juin 1894.

Cancer primitif de la région clitoridienne (épithélioma).

Madame X..., 59 ans, IV pare, ménopause à 48 ans, a souffert pendant quelques années d'un prurit vulvaire des plus rebelles. Elle vient nous consulter en juin 1891, se plaignant, depuis plusieurs mois, de douleurs cuisantes, continues dans la région clitoridienne. Nous trouvâmes à l'examen une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, occupant le clitoris et la petite lèvre droite. Elle est recouverte dans ses deux tiers par une muqueuse lisse, blanchâtre ; dans son tiers inférieur, elle est ulcéreuse, sécrétant un pus mal lié. La lèvre droite est tuméfiée et nous constatons quelques ganglions inguinaux.

La malade accepte l'intervention, qui fut pratiquée en juin 1891. Nous dépassâmes largement les limites du mal, de façon à arriver avec le bistouri dans les tissus sains, et nous n'hésitâmes pas à pratiquer en même temps l'ablation des ganglions inguinaux dégénérés, ce qui exigea la dissection de la région inguinale.

Les suites opératoires furent simples ; trois semaines plus tard, la malade nous quittait guérie.

L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un *épithélioma*.

En janvier 1892, la malade nous revenait présentant une petite ulcération à la partie inférieure de la plaie, c'est-à-dire à la naissance de la petite lèvre droite, que nous avions enlevée six mois auparavant. Nous constatons aussi quelques élevures rougeâtres sur le pourtour de la vulve, à l'entrée du vagin. Dans l'aine droite, ganglions tuméfiés,

très douloureux. Etat général mauvais, amaigrissement, pâleur, teint terreux, inappétence.

Nous nous décidons à intervenir de nouveau, mais cette fois par le thermo-cautère. Nous pratiquons ainsi l'ablation des parties ulcérées et douteuses. Les ganglions inguinaux sont enlevés au bistouri.

Le résultat de cette seconde intervention fut très fugace. Peu de temps après, l'affection envahit le canal de l'urèthre, la petite lèvre gauche, l'entrée du vagin; tous les ganglions inguinaux gauches se tuméfièrent; l'état général de la malade devint de plus en plus mauvais, et la malade s'éteignit environ quatre semaines plus tard.

OBSERVATION X

BRINDEL. *Bulletins de la Société d'anatomie de Bordeaux,* 29 janvier 1894.

Epithélioma primitif du clitoris.

B... (Elisabeth), 70 ans, service de M. le Dr Dubourg, hôpital Saint-André, salle 1 *bis*.

Cette femme ne présente aucune tare héréditaire; ses parents sont morts fort âgés, ses frères et ses sœurs jouissent encore d'une bonne santé; elle a un fils âge de 40 ans; elle-même n'a jamais été malade.

Le début de l'affection ne semble pas remonter à plus de trois mois. Il s'est manifesté d'abord par des crises de prurit clitoridien qui apparaissaient surtout le soir en se couchant, parfois dans la journée, et obligeaient la malade à se gratter quelquefois jusqu'au sang.

Un mois après, elle s'aperçut de la présence, sur son clitoris, d'une petite tumeur rouge, bosselée, saignant au moindre contact, rendant la marche impossible à cause de la douleur provoquée par les ulcérations engendrées elles-mêmes par le frottement des grandes lèvres pendant la marche.

La tumeur, qui n'occupait d'abord que le clitoris (la malade est très affirmative à ce sujet), envahit bientôt le capuchon clitoridien, prit un volume beaucoup plus considérable, pendant que se développait dans

le pli inguinal gauche une tumeur ovalaire, roulant sous la peau et profondément sur l'aponévrose, à grand diamètre parallèle à ce pli; elle était le siège de quelques élancements douloureux et avait acquis, en un mois seulement, les dimensions d'une noix; il s'agissait là d'une adénopathie de même nature probablement que la tumeur clitoridienne.

A son entrée à l'hôpital, la malade présentait donc deux tumeurs, une dans le milieu du pli inguinal gauche et qui faisait une petite saillie sous la peau (on sentait même à la palpation une deuxième petite tumeur, deuxième adénite, moins volumineuse que la première dont elle offrait du reste tous les caractères); la deuxième, la tumeur clitoridienne, n'était visible qu'en écartant légèrement les grandes lèvres. Elle occupait la place du clitoris, empiétait sur l'extrémité supérieure des petites lèvres, mais non sur les grandes lèvres; elle était séparée, en bas, du méat urinaire, qui du reste faisait une saillie pâle sur les parties environnantes, par un intervalle d'un centimètre environ.

Elle laissait suinter quelques gouttelettes d'un liquide roussâtre, d'une odeur infecte. Si on la saisissait entre le pouce et l'index, on pouvait la mobiliser sur le tissu cellulaire sous-muqueux, sauf en un point correspondant au point d'implantation du clitoris lui-même.

Plus de démangeaisons, peu de douleurs spontanées, sauf de temps à autre une sensation de cuisson; développement rapide.

L'état général est resté excellent; la malade n'a pas maigri; pas de teint cachectique.

Poumons, cœur, foie paraissent absolument normaux. L'utérus est petit, rétracté, comme chez une femme de cet âge; la menstruation a disparu depuis plus de vingt ans et le vagin n'est le siège d'aucun écoulement. Le rectum est sain également; de même que les mamelles, qui sont atrophiées, mais sans aucune espèce d'indurations. Les ganglions pelviens paraissent indemnes.

L'opération a été des plus simples : incision circulaire avec le bistouri autour de la tumeur, dissection avec la sonde cannelée du tissu cellulaire sous-muqueux, incision des corps caverneux du clitoris avec

le thermocautère. Pas de réunion immédiate. Les deux ganglions inguinaux ont été enlevés de même, après incision de la peau, par énucléation.

L'état actuel de la malade, dix jours après l'opération, est des plus satisfaisant. La plaie de la vulve est en voie de cicatrisation; la malade n'a eu de rétention d'urine que pendant quarante-huit heures, ce qui est assez fréquent dans les opérations sur la vulve, et, malgré son âge avancé, elle paraît devoir récupérer promptement une santé parfaite.

N. B. — Ultérieurement, à propos de l'observation communiquée à la Société d'anatomie par M. le Dr Ch. Faguet, M. Brindel a ajouté que trois mois après l'intervention chirurgicale, il s'était produit une récidive sur place, dans les ganglions, et enfin des signes non douteux de généralisation, auxquels avait succombé la malade.

L'examen histologique, fait par M. le professeur agrégé Auché, avait montré qu'il s'agissait d'un *épithélioma pavimenteux lobulé* (Soc. anat., 19 nov. 1894).

OBSERVATION XI

Cancer primitif du clitoris. — Epithélioma pavimenteux lobulé, pseudo-coccidies.

Ch. Faguet, *Bulletins de la Société d'anatomie de Bordeaux*, 19 novembre 1894.

Mme L..., âgée de 47 ans, ménagère, entre le 29 octobre 1894, à l'hôpital Saint-André dans le service de M. le professeur Lanelongue, salle des dames payantes, n° 6.

Les antécédents héréditaires et collatéraux de cette malade sont négatifs; jamais, à sa connaissance, il n'y a eu de cancéreux dans sa famille.

Personnellement, cette femme a toujours eu une bonne santé. Réglée normalement à 16 ans, mariée à 24 ans, Mme L... a eu cinq grossesses qui ont évolué sans accidents pathologiques. La seule affection qu'elle ait présentée est un adéno-phlegmon inguinal du côté droit, survenu très probablement à la suite d'une écorchure du pied; la guérison survint rapidement.

Le début de l'affection actuelle semble remonter à environ sept à huit ans, époque à laquelle Mme L..., éprouva de vives démangeaisons dans la région clitoridienne. Ce prurit, tout d'abord peu intense, augmentait bientôt d'intensité et l'obligeait à se gratter fréquemment.

Les démangeaisons devinrent de plus en plus fortes et ne tardèrent pas à prendre une acuité telle, que la malade passait parfois des nuits entières sans sommeil. Il y a huit mois, elle se fit avec l'ongle une petite écorchure sur le clitoris, dont les tissus n'avaient présenté jusqu'alors aucune altération autre que la rougeur provoquée par les frottements répétés en ce point. Cette éraillure ne se cicatrisa pas, elle fut le point de départ d'une ulcération qui n'a pas cessé de s'étendre.

Au mois d'août dernier, elle se décida à consulter son médecin, qui lui conseilla une intervention chirurgicale.

Etat actuel (30 octobre 1894) : A l'inspection, on voit au niveau de la commissure supérieure de la vulve, une tumeur du volume d'une petite noix dont le centre, ulcéré et anfractueux, correspond exactement au clitoris et laisse écouler un suintement ichoreux et fétide assez abondant. Sa consistance est dure, surtout à la base.

Le néoplasme, qui s'infiltre au sein des tissus voisins, a detruit en totalité le tubercule clitoridien et le capuchon de cet organe. Il a envahi, dans une étendue de deux ou trois centimètres de long, l'extrémité supérieure de chacune des grandes et des petites lèvres; la peau, dans les points non ulcérés, est fixée à la tumeur qui s'engage profondément dans le pubis, mais qui cependant conserve encore un certain degré de mobilité sur le squelette.

L'urèthre est sain. Le méat urinaire est séparé de la limite inférieure du néoplasme par un intervalle d'un centimètre et demi environ. Il n'y a aucun trouble dans l'émission des urines, qui sont normales.

Les autres parties de la vulve, le vagin, l'utérus, etc., sont sains.

On sent dans les régions inguinales, de petits ganglions, à peine appréciables, qui paraissent avoir conservé leurs caractères normaux.

L'état général est excellent : aucune trace de syphilis, de tuberculose ou de diabète.

Opération : M. le professeur Lanelongue porte le diagnostic du can-

cer du clitoris et procède, le 31 octobre 1894, à une intervention chirurgicale après les précautions antiseptiques habituelles.

Le néoplasme est circonscrit par deux incisions courbes, à concavité interne, et largement enlevé. L'hémorrhagie produite par la section des corps caverneux est peu abondante et s'arrête par la compression maintenue pendant quelques instants et l'application de quelques ligatures au catgut. Sutures au crin de Florence de toute l'étendue de la plaie chirurgicale.

Les suites opératoires ont été excellentes; réunion par première intention.

Pendant quelques jours, on a pratiqué régulièrement le cathétérisme, afin d'éviter l'infection de la plaie.

Les ganglions inguinaux seront attentivement surveillés et enlevés s'il y a lieu.

Examen histologique (1) : Des fragments de la tumeur ont été fixés par l'alcool à 90°, colorés en masse par le picro-carmin de Ranvier, passés par le chloroforme, inclus dans la paraffine à 55° débités au microtome mécanique de Vialanes (d'Arcachon).

Les coupes ont été examinées au microscope de Vérick (oc. 1, obj. 2 et oc. 1, obj. 7).

Ces préparations nous ont montré les particularités suivantes :

Le tissu néoplastique est constitué par deux régions distinctes : une muqueuse dermo-papillaire et un tissu conjonctif sous-jacent considérablement infiltré.

1° *Muqueuse.* — Le stratum lucidum est extrêmement net, luisant, coloré en jaune par le picro-carmin ; au-dessus de lui, la couche cornée, qui, en quelques points a conservé ses noyaux, est en général peu épaisse. La zone des cellules à éléidine se distingue facilement; ces éléments sont pleins de granulations rouges et très réfringentes. Le corps muqueux de Malpighi offre sa disposition normale; les cellules cylindriques y sont bien apparentes.

---

(1) Cet examen a été fait au laboratoire des cliniques de la Faculté de médecine.

2° *Derme. Tissu conjonctif.* — Les papilles du derme sont fortement hypertrophiées, très longues et digitées.

Au milieu de cellules fixes du tissu conjonctif, on découvre des éléments cellulaires à noyau rond ou ovalaire, à protoplasma hyalin, à limites peu précises. Parfois, on retrouve, isolées au milieu de ce tissu, de grosses cellules très réfringentes, groupées par amas de cinq ou six, à noyaux distincts, mais finement grenus, à protoplasma quelquefois vacuolaire. Certaines de ces cellules sont incolores et leurs noyaux sont entourés d'une zone fortement réfringente; d'autres sont considérablement gonflées, d'aspect oviforme, paraissant comme hypertrophiées.

Ces éléments rappellent les formes décrites sous le nom de *coccidies* ou *pseudo-coccidies*. Quelques-uns offrent un aspect bilobé avec des stries de chromatines extrêmement nettes, ce qui paraît indiquer une division cellulaire. Ces pseudo-coccidies sont dispersées sans ordre, au sein des petites cellules épithélioïdes signalées ci-dessus.

Quelques cellules paraissent avoir subi entièrement la dégénérescence muqueuse; d'autres sont entourées d'éléments cornés, aplatis et nettement imbriqués; ce sont des *globes épidermiques* en voie de formation.

Au sein de ce tissu, on aperçoit des éléments fibreux disposés en fines travées ou en faisceaux compacts et ondulés.

Les vaisseaux ont des parois propres, quoique très réduites; ils sont en général remplis de globules sanguins.

En résumé, il s'agit dans ce cas, d'un *épithélioma pavimenteux lobulé*, au sein duquel on constate des figures *coccidiennes*.

CONCLUSIONS

1° Le cancer primitif du clitoris est moins rare qu'on ne l'a pensé jusqu'à nos jours. Il a été observé sous les formes suivantes : épithélioma, sarcome, carcinome, mélanome.

2° Il évolue, en général, dans la seconde moitié de la vie; son étiologie est encore peu connue.

3° Ses symptômes sont les mêmes que ceux du cancer en général; seuls les troubles fonctionnels offrent des particularités en raison du siège de la lésion.

4° Son évolution, lente quelquefois au début, revêt bientôt une allure maligne, plus particulièrement dans les formes mélaniques.

5° Le pronostic est très grave, qu'il soit abandonné à lui-même ou qu'une intervention ait été pratiquée.

6° Le cancer du clitoris devra être distingué du chancre mou, des ulcérations tuberculeuses, de la syphilis à ses diverses périodes, de l'esthiomène et du cancer du méat urinaire.

7° L'intervention chirurgicale sera pratiquée sauf contre-indications (cachexie, lésions trop étendues, etc.). Comme méthode de choix, nous donnons la préférence au bistouri.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Bordeaux, le 26 mars 1895.
Le Président de la thèse,
Dr DEMONS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 27 mars 1895,
Le Recteur,
A. GOUAT.

10 L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bardenhauer. — Statistique des opérations faites à l'hôpital de Cologne, 1876.

Bailly. — *Gazette hebdomadaire,* 1868.

Boivin et Dugès. — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.

Brindel. — *Bulletins de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, janvier 1894.

Churchill. — Traité pratique des maladies des femmes.

Cornil. — Société anatomique de Paris, 20 mars 1874, p. 231.

Dauriac. — Cancer primitif de la région clitoridienne. Thèse de Paris, 1888.

Deschamps. — *Archives de tocologie,* 1885, p. 121.

Dubreuilh et Brau. — De l'esthiomène ou ulcère simple chronique de la vulve. *Archives cliniques de Bordeaux*, 3e année, n° 12, décembre 1894, p. 557.

Faguet (Ch.). — *Bulletins de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, novembre 1894.

Foubert. — *Archives de tocologie*, 1885, p. 124.

Hirigoyen. — *Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 20 octobre 1882.

Huber. — *Gazette médicale de Picardie*, séance de la Société médicale d'Amiens du 6 février 1884.

Hutchinson. — Remarque sur l'origine locale des tumeurs malignes, *British med. Journal*, 1883.

Jacobs. — Policlinique de Bruxelles, 20 juin 1894.

Jarjavay. — Anatomie chirurgicale, 1852.

Lahaye. — Thèse de Paris, 1888.

Launois. — Société anatomique de Paris, 1883.

Lebert. — Traité des maladies cancéreuses.

Léger. — Société anatomique de Paris, 1874.

Mayer. — *Monats. für Geburts.* Berlin, 1888.

Ozemne. — Thèse de Paris, 1884.

Péan. — Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Louis, 1880.

Percheron. — Société anatomique de Paris, 1870, p. 153.

Quénu. — Traité de chirurgie, t. I, p. 378.

Ranvier. — *Bulletin de l'Académie des sciences*, 1879.

Rireri. — Société médico-chirurgicale de Turin, août 1844.

Rousseau Saint-Philippe. — *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 20 octobre 1882.

Sassy. — Thèse de Montpellier, 1891.

Sollier. — Du cancer primitif du méat urinaire chez la femme. Thèse de Paris, avril 1889.

Sorbets. — *Gazette des hôpitaux*, 6 décembre 1883.

Thomas. — *American journal of obstetrics*, 1876.

Trélat. — *Gazette des hôpitaux*, jeudi, 10 août 1882, p. 731.

Verneuil. — *Gazette hebdomadaire*, 1874.

Winckel. — Pathologie der Weiblichen sexual organe. Leipzig, 1881.

18,939. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.